

## В помощь практическому врачу

УДК 617.758.12-036-092-085

### Причины, клиника и лечение вторичного (последовательного) расходящегося косоглазия

В. И. Сердюченко

ДУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В. П. Филатова НАМН Украины»; Одесса (Украина)

E-mail: virais@ukr.net

**Актуальность.** Вторичное (последовательное) расходящееся косоглазие (ВПК) — неприятное осложнение, возникающее иногда после операции по поводу сходящегося косоглазия. Это вызывает беспокойство у врача и у пациента, а также у его родителей. Вопрос о причинах и лечении ВПК уже неоднократно поднимался различными офтальмологами [1–5].

**Цель:** на примере больных, оперированных в институте им. В. П. Филатова по поводу ВПК, выяснить причины этого вида косоглазия и определить тактику лечения.

#### Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ 14 историй болезни больных, обратившихся в институт им. В. П. Филатова по поводу ВПК, после операции по поводу сходящегося косоглазия. Возраст больных — от 6 до 25 лет. Методы: визометрия, исследование угла косоглазия в различных направлениях зрения, подвижности глазных яблок, конвергенции, состояния бинокулярного зрения на синоптофоре и цветотесте, биомикроскопия, офтальмоскопия,

#### Результаты

Клинически ВПК проявлялось такими признаками. Величина угла косоглазия была различной: от 5 до 60 град. Подвижность глаз была в норме у 6 больных, а у 8 отмечено ограничение движений глаз в сторону аддукции (у одного — с микронистагмом при приведении). Конвергенция у 5 пациентов была ослаблена, а у 9 отсутствовала. У 3 больных отмечено сопутствующее диссоциированное вертикальное косоглазие. Острота зрения у 12 больных была нормальной (0,85–1,0 и выше), а у двух отмечена амблиопия высокой степени. На цветовом приборе у всех больных определялось монокулярное зрение, на синоптофоре у 3 пациентов констатировано бифовальное слияние, у 3 — нефовальное слияние (аномальная корреспонденция сетчаток — АКС), у 8 — различные виды функциональных скотом.

Все 14 больных были прооперированы: произведена ревизия внутренних прямых с их переши-

ванием кпереди и при необходимости с резекцией мышцы. Правильное положение глаз достигнуто у 11 больных, у трех сохранился остаточный угол 5–7 град кнаружи; бинокулярное зрение констатировано у 4 больных, одновременное у 6, монокулярное — у 4.

На основании обследования больных и тщательного изучения их историй болезни, а также выписок о ранее произведенных операциях, выявлены следующие причины ВПК и факторы, благоприятствующие ему: чрезмерная рецессия внутренних прямых при операции по поводу сходящегося косоглазия (на операционном столе у 8 пациентов выявлено далекое место прикрепления внутренних прямых после их рецессии — на расстоянии 7–10 мм от первоначального места); слабость или отсутствие конвергенции; наличие сопутствующего диссоциированного вертикального компонента, функциональной скотомы или АКС, амблиопия высокой степени, игнорирование аккомодационного компонента при гиперметропии средней и высокой степеней.

**Рекомендации.** Наши наблюдения позволили дать следующие рекомендации по лечению вторичного (последовательного) расходящегося косоглазия. Рассмотрим основные методы лечения ВПК в зависимости от величины угла расходящегося косоглазия и характера предыдущего (до появления ВПК) состояния.

1) Предыдущий диагноз — неаккомодационное сходящееся косоглазие и рефракция, близкая к эметропии. При углах ВПК более 10 град — как правило, хирургическое лечение (ревизия внутренних прямых мышц и их перемещение вперед, при необходимости — с резекцией одной или обеих указанных мышц). Характер и степень перемещения мышц уточняются во время ревизии. После операции — ортоптическое лечение, упражнения на конвергенцию и на подвижность глаз.

При углах 10 град и менее — попытка ортоптического лечения: нормализация корреспонденции, развитие положительных фузионных резервов; упражнения на конвергенцию и на подвижность глаз в сторону аддукции; бивизотрениер (с компенсацией угла расходящегося косоглазия с помощью призм основанием к носу); электростимуляция внутренних прямых мышц; компьютерные программы для развития бинокулярного и стереоскопического зрения.

При наличии амблиопии проводится соответствующее плеоптическое лечение; после достижения остроты зрения 0,3–0,4 — хирурго-ортоптическое лечение.

2) Предыдущий диагноз — частично-аккомодационное содружественное сходящееся косоглазие, рефракция — гиперметропия средней или высокой степени, девиация 10 град и менее. При появлении ВПРК вследствие оперативного лечения — уменьшение силы линз на 2,0–3,0 дптр, а при гиперметропии до 3,0 дптр — отмена коррекции; ортоптическое лечение: развитие положительных фузионных резервов на синоптофоре (при наличии функциональной скотомы или АКС начать с «миганий» или «колебаний» под объективным углом и (или) бифовеальных засветов по Т. П. Кашенко); бивизотрениер (с компенсацией угла расходящегося косоглазия с помощью призм основанием к носу); бинариметр; электростимуляция внутренних прямых мышц; компьютерные программы для развития бинокулярного и стереоскопического зрения. При отсутствии эффекта — хирургическое лечение (ревизия внутренних прямых мышц с их перемещением кпереди) с последующим ортоптическим лечением. При ВПРК более 10 град — хирургическое лечение (ревизия внутренних прямых мышц с их перемещением кпереди) с последующим ортоптическим лечением.

3) Предыдущий диагноз — аккомодационное содружественное сходящееся косоглазие, рефракция — гиперметропия средней или высокой степени. Следует заметить, что ВПРК может появиться в случаях, если пациент наблюдается редко, и мог быть упущен момент, когда вследствие естественного процесса уменьшения гиперметропии с воз-

растом следовало бы постепенно уменьшать силу положительных сферических линз. При появлении ВПРК показано уменьшение силы линз на 2,0–3,0 Д, а при гиперметропии до 3,0 Д — отмена коррекции. Ортоптическое лечение: развитие положительных фузионных резервов; упражнения по общению между аккомодацией и конвергенцией; бивизотрениер (с компенсацией угла расходящегося косоглазия с помощью призм основанием к носу); бинариметр; электростимуляция внутренних прямых мышц; упражнения на конвергенцию и на подвижность глаз в сторону аддукции; компьютерные программы для развития бинокулярного и стереоскопического зрения.

4) ВПРК с диплопией. Подбор призматической коррекции (устанавливаются призмы основанием к носу, а при наличии вертикального компонента — направление основания соответственно корригируется окулистом). Следует помнить, что при расходящемся косоглазии не следует компенсировать девиацию полностью, а лишь 1/2 или 1/3 её величины. Обязательно проводится проба на переносимость данной коррекции (с целью исключения феномена вторичного увеличения угла косоглазия, или феномена «съедания» призм). При отсутствии эффекта от назначения призм — хирургическое лечение с последующей ортоптикой.

Иногда для уменьшения экзотропии может быть эффективной альтернирующая окклюзия при условии, что подвижность глаз в норме, т.е. экзотропия не вызвана увеличенной рецессией внутренних прямых. Этот метод с определенным успехом использовали Noorden, Campos [3]. Они отмечают, что ВПРК может со временем уменьшиться, а если повторная операция все же необходима, то лучше выждать 6 месяцев перед её проведением.

### Вывод

Знание офтальмологами причин появления вторичного (последовательного) расходящегося косоглазия и тщательное обследование больных с косоглазием помогут выбрать подходящую тактику его лечения и достичь оптимальных результатов.

### Литература

1. Dankner S. R., Mash A. J., Jampolsky A. Intentional surgical overcorrection of acquired esotropia // Arch. Ophthalmol. — 1978. — V. 96. — P. 1848.
2. Fresina M., Dasirico C., Schiavi C. et al. Personal experience in surgical treatment of secondary exotropia // Proceedings of the XIth Meeting of the International Strabismological Association in Istanbul, TURKEY. September 22–25, 2010. — P 410–412.
3. Noorden G. K. von, Campos E. C. Binocular Vision and Ocular Motility. Theory and Management of Strabismus. 6th Edition. St. Louis. Mosby, 2002. — P. 347–348.
4. Savada V., Hikoya A., Negishi T. et al. Characteristic and surgical outcome of consecutive exotropia with different etiologies // Advances in Strabismus. Proceedings of the XIIth Meeting of the International Strabismological Association in Kyoto, JAPAN. December 1–4, 2014. — P. 304–308.
5. Spielmann A. C. The evolution of consecutive exotropia in adults // Proceedings of the XIIth Meeting of the International Strabismological Association in Kyoto, JAPAN. December 1–4, 2014. bid. — P. 151–155.

Поступила 16.11.2016